

## LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA A LAS VÍCTIMAS DE ATENTADOS TERRORISTAS

M.P. García-Vera<sup>1</sup>, J. Sanz<sup>2</sup>, R. Navarro<sup>3</sup>, B. Reguera<sup>4</sup> & P. Altungy<sup>5</sup>

Profesores de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la  
Universidad Complutense de Madrid

1. ¿Cuántas personas se verán afectadas por consecuencias psicopatológicas tras los atentados terroristas? 2. ¿Qué trastornos psicopatológicos pueden desarrollar las víctimas del terrorismo? 3. ¿Las consecuencias psicopatológicas afectan a todas las víctimas por igual? 4. ¿El tiempo cura estos daños psicológicos en las víctimas? 5. ¿Por qué las víctimas del terrorismo en España presentan una prevalencia tan elevada de trastornos incluso muy a largo plazo? 6. ¿Existen tratamientos eficaces y útiles para estos trastornos que sufren las víctimas del terrorismo?

Ser víctima de un atentado terrorista es una experiencia que puede cambiar para siempre la vida de las personas. Sabemos que quienes han pasado por esta experiencia, con frecuencia desarrollan estrategias de supervivencia que les permiten seguir adelante, incluso que tales experiencias pueden hacerles crecer como personas en muchos aspectos. Sin embargo, también tenemos datos científicos suficientes para afirmar que haber experimentado un atentado terrorista puede provocar reacciones psicológicas en las víctimas que lleguen a alterar significativamente su funcionamiento e impedir que hagan frente a los requerimientos de la vida ordinaria tanto en el área personal, social, laboral como en otras áreas importantes de su vida.

Las reacciones psicológicas que sufren las víctimas tras los atentados pueden ser tanto agudas como crónicas, es decir, pueden ser tanto alteraciones que evolucionan de forma relativamente breve, como alteraciones que se prolongan durante mucho tiempo. Consecuentemente, un aspecto esencial de la atención psicológica es

---

<sup>1</sup> Profesora Titular del Dpto. Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

<sup>2</sup> Catedrático del Dpto. Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

<sup>3</sup> Investigador predoctoral (FPI) del Dpto. Psicología Clínica, Universidad Complutense de Madrid.

<sup>4</sup> Ayudante de Investigación del Dpto. Psicología Clínica, Universidad Complutense de Madrid.

<sup>5</sup> Ayudante de Investigación del Dpto. Psicología Clínica, Universidad Complutense de Madrid.

contemplar estas reacciones como parte de un continuo de adaptación de las víctimas a la nueva situación. Así, por ejemplo, es preciso comprender que reacciones que en los primeros momentos podían ser adaptativas y ayudar a la supervivencia, como por ejemplo estar más activado de lo normal y en estado de máxima alerta por la aparición de posibles peligros, o desconfiar de otras personas, serán consideradas reacciones poco adaptativas semanas o meses después de que la amenaza haya desaparecido. En este sentido, el conocimiento psicológico de las reacciones desencadenadas tras un atentado terrorista y la comprensión de estas reacciones psicológicas como procesos adaptativos, se hace imprescindible. Y, también esta concepción temporal tendrá que ser tenida en cuenta en las intervenciones psicológicas, puesto que se adaptarán a los diferentes momentos del proceso de recuperación en el que las víctimas se encuentren.

Los atentados del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York y Washington D. C., marcaron un punto de inflexión en la investigación sobre las repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas, con un aumento espectacular en las publicaciones científicas sobre el tema. Los estudios sobre estos atentados, en conjunción con los estudios realizados sobre los atentados en otros países desarrollados, especialmente, los acaecidos en los últimos 15 años en Israel, Europa (España, Francia, Irlanda y Reino Unido) y en el propio Estados Unidos de América, y, en particular, aquellos que provocaron un número elevado de víctimas mortales y heridas (p. ej., el atentado del 19 de abril de 1995 en la ciudad de Oklahoma, los atentados del 11 de marzo de 2004 en Madrid, los atentados del 7 de julio de 2005 en Londres y, por supuesto, los atentados del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York y Washington D. C.), constituyen el bagaje más sólido de conocimientos empíricos de que se dispone actualmente sobre los daños psicológicos provocados por el terrorismo y sobre cómo debe ser la atención psicológica a las víctimas. En los siguientes epígrafes se detallan las conclusiones que estas investigaciones nos han proporcionado a modo de respuestas a algunas de las preguntas más relevantes planteadas actualmente para poder planificar y diseñar buenas prácticas en la atención psicológica a las víctimas de atentados terroristas<sup>6</sup>.

## 1. ¿Cuántas personas se verán afectadas por consecuencias psicopatológicas tras los atentados terroristas?

La mayoría de las personas afectadas por el terrorismo no desarrollarán trastornos mentales y conseguirán recuperarse normalmente, sin daños psicológicos significativos. Efectivamente, incluso entre las víctimas directas (heridos y supervivientes), que son las que presentan más trastornos psicológicos como consecuencia de un atentado terrorista, y teniendo en cuenta el trastorno más frecuente, esto es, el trastorno por estrés postraumático, el porcentaje de víctimas que no desarrollarán dicho trastorno tras un atentado terrorista será mayor que el que sí lo desarrollarán, de tal manera que se puede estimar que entre un 60% y un 80% de las víctimas directas

---

<sup>6</sup> García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2016). Repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas en las víctimas adultas y su tratamiento: estado de la cuestión. *Papeles del Psicólogo*, 37(3), 3-13.



no lo desarrollarán. No obstante, tras un atentado terrorista, un porcentaje muy importante de las víctimas desarrollarán trastornos psicológicos, porcentaje que estará muy por encima de la prevalencia habitual de dichos trastornos en la población general, llegando incluso a multiplicar por 10 o 20 dicha prevalencia. De nuevo, centrándose en las víctimas directas y en el trastorno psicológico más frecuente tras un atentado terrorista, los resultados de las diferentes revisiones de la literatura científica son coincidentes en señalar que entre un 18% y un 40% de las víctimas directas desarrollarán un trastorno por estrés postraumático. Estos porcentajes superan con creces la prevalencia habitual del trastorno por estrés postraumático en la población general, la cual se ha estimado al año en 0,5%, 3,5% y 0,9% en España, EE. UU. y Europa, respectivamente, por lo que puede decirse que la prevalencia de dicho trastorno en las víctimas directas multiplicaría por 36-80 su prevalencia en la población general española, por 5-11 su prevalencia en la población general estadounidense y por 20-44 su prevalencia en la población general europea.

## 2. ¿Qué trastornos psicopatológicos pueden desarrollar las víctimas del terrorismo?

Los resultados de las investigaciones han puesto de relieve que el trastorno psicológico más frecuente tras un atentado terrorista es el trastorno por estrés postraumático, pero las víctimas del terrorismo pueden presentar una gran variedad de trastornos psicológicos diagnosticables, de manera que los siguientes más frecuentes son, por este orden, el trastorno depresivo mayor, los trastornos de ansiedad, especialmente el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de angustia-agorafobia, y los trastornos por abuso o dependencia de sustancias. Los porcentajes de víctimas del terrorismo que mostrarán esos otros trastornos estarán muy por encima de su prevalencia habitual en la población general, llegando incluso a multiplicar por 5 o 10 dicha prevalencia. Las revisiones estiman que, entre las víctimas directas, la prevalencia media del trastorno depresivo mayor sería aproximadamente del 20-30%, la del trastorno de ansiedad generalizada del 7% y la del trastorno de angustia del 6%, mientras que la prevalencia del abuso de alcohol en todo tipo de víctimas sería del 7%. Estas cifras superan ampliamente a las de la población general. Por ejemplo, en España la prevalencia anual del trastorno depresivo mayor, del trastorno de ansiedad generalizada, del trastorno de angustia y de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol se estima, respectivamente, en aproximadamente 4%, 0,5%, 0,6% y 0,7%, por lo que la prevalencia de esos trastornos en las víctimas directas multiplicaría por 5-7, 14, 10 y 10, respectivamente, su prevalencia en la población general española.

Además, entre las víctimas de atentados terroristas que presentan trastornos psicológicos, existe una elevada comorbilidad, es decir, un porcentaje importante de ellas presentan simultáneamente varios trastornos psicológicos, de manera que es muy frecuente, por ejemplo, que las víctimas sufran simultáneamente trastorno por estrés postraumático y trastorno depresivo mayor. La comorbilidad de trastornos psicológicos, especialmente de esos dos últimos, suele estar asociada a una mayor gravedad sintomatológica, a un mayor deterioro en el funcionamiento cotidiano de la persona y a un curso más crónico de los síntomas y del deterioro, en comparación al sufrimiento de tan solo uno de los trastornos. Por ejemplo, algunos estudios realizados con víctimas directas y familiares de fallecidos y heridos en los atentados del 11-M en

Madrid han encontrado que casi el 19% de las víctimas presentaban simultáneamente trastorno por estrés postraumático y trastorno depresivo mayor, de manera que más de la mitad de las víctimas que presentaban el primer trastorno, sufrían también depresión.

### 3. ¿Las consecuencias psicopatológicas afectan a todas las víctimas por igual?

En cuanto a las víctimas que pueden verse afectadas por estos trastornos, los conocimientos científicos señalan claramente que los trastornos psicológicos relacionados con la experiencia de un atentado terrorista pueden aparecer en todo tipo de víctimas, tanto directas (heridos y supervivientes de los atentados) como indirectas (p., ej., familiares de fallecidos o heridos en atentados, personal de emergencias, rescate y recuperación, y residentes de las zonas o ciudades afectadas por los atentados), tanto en víctimas adultas como en niños y adolescentes, y en todos ellas la prevalencia de esos trastornos estará por encima de su prevalencia habitual en la población general. No obstante, la prevalencia de trastornos psicológicos es más alta entre las víctimas directas y los familiares de los fallecidos y heridos que entre el personal de emergencias y rescate o que entre las personas de las zonas o ciudades afectadas por los atentados. Por ejemplo, si la prevalencia media del trastorno por estrés postraumático entre las víctimas directas oscila entre 18% y 40%, dicha prevalencia es aproximadamente del 29% entre los familiares de fallecidos y heridos en atentados, del 4-11% entre los residentes de las zonas o ciudades afectadas por el atentado y del 6-12% entre el personal de emergencias, rescate y recuperación, todas ellas muy superiores a las prevalencias del trastorno por estrés postraumático de 0,5%, 3,6,3% y 1,1% que se encuentran en la población general de, respectivamente, España, EE. UU. y Europa.

Por otro lado, aunque existe mucho menos investigación sobre los daños psicológicos que los atentados terroristas pueden ocasionar en los niños y adolescentes que son víctimas directas o indirectas de los mismos (p. ej., han perdido a algunos de los padres o hermanos en un atentado terrorista), las revisiones de la literatura empírica realizadas hasta la fecha coinciden en señalar que tales niños y adolescentes presentan un elevado riesgo de desarrollar trastornos psicológicos y que en un porcentaje significativo de ellos tales trastornos pueden perdurar a lo largo de su desarrollo y convertirse en crónicos. Entre dichos trastornos, y como ocurre en los adultos, el más frecuentes es el trastorno por estrés postraumático. Así, por ejemplo, un estudio con niños directamente afectados por los atentados terroristas del 11-S en Nueva York encontró que dos años y medio más tarde, el 35% de esos niños sufrían trastorno por estrés postraumático. No obstante, tras un atentado terrorista, los niños y adolescentes también pueden sufrir una gran variedad de síntomas y trastornos psicológicos distintos al trastorno por estrés postraumático, entre los que destacan el trastorno depresivo mayor, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad por separación, el duelo complicado o los trastornos de conducta. Es más, la investigación ha demostrado que los niños y los adolescentes, especialmente los preescolares, suelen presentar síntomas ligeramente distintos a los que manifiestan los adultos, como son, por ejemplo, conductas regresivas y somatizaciones, alteraciones en la alimentación, conductas agresivas (irritabilidad, rabietas, conductas oposicionistas y destructivas), pesadillas y terrores nocturnos, sentimiento de culpa, así como la representación repetitiva del atentado y sus consecuencias mediante juegos y dibujos, y también, en comparación a los adultos, pueden presentar patrones de



comorbilidad diferentes, con un predominio, por ejemplo, de la comorbilidad del trastorno por estrés postraumático con el trastorno negativista desafiante y el trastorno de ansiedad por separación.

#### 4. ¿El tiempo cura estos daños psicológicos en las víctimas?

Aunque es una creencia habitual el pensar que el tiempo lo cura todo, los datos de prevalencia de trastornos en víctimas directas de atentados no nos permiten sustentar claramente dicha afirmación. Es cierto que después de un año tras los atentados terroristas, las repercusiones psicopatológicas de los mismos habrán disminuido de forma considerable en los residentes de las zonas o ciudades afectadas por los atentados, así como en el personal de emergencias, rescate y recuperación, aunque no mucho en los heridos por los atentados ni en los familiares de los heridos o fallecidos en los atentados. Por ejemplo, a los 6-9 meses después de los atentados del 11-M el porcentaje de personas afectadas de trastorno por estrés postraumático tanto entre los residentes de Madrid como entre el personal de emergencias y asistencia fue similar al de la prevalencia anual de dicho trastorno en la población general española antes de los atentados del 11-M. Sin embargo, en los familiares y allegados de las víctimas mortales o de los heridos de los atentados del 11-M, los resultados son contradictorios. En algunos estudios se ha observado a los 6-9 meses una reducción en la frecuencia del trastorno por estrés postraumático, mientras que en otros no se han encontrado ninguna reducción significativa. En cuanto a las víctimas directas de los atentados del 11-M, en concreto, a las personas heridas en los mismos, el único estudio longitudinal publicado hasta la fecha no encontró, a corto o medio plazo, que con el paso del tiempo se produjera una reducción importante del número de afectados por trastorno por estrés postraumático, de forma que el porcentaje de heridos que sufría este trastorno a los 6 meses del 11-M era prácticamente igual al porcentaje que lo padecía al mes. Tan sólo al año, se pudo apreciar ya una reducción significativa de la prevalencia del trastorno por estrés postraumático. No obstante, a pesar de tales reducciones, tanto en las víctimas directas como en los familiares y allegados de las víctimas directas heridas o fallecidas, la prevalencia de trastorno por estrés postraumático a los 6-9 meses o al año de los atentados se sigue encontrando muy por encima de las cifras habituales de prevalencia en la población general española. Algo parecido ocurre en relación con el curso de los trastornos depresivos y de ansiedad en las víctimas del terrorismo.

En resumen, pues, aunque cabe esperar tras un atentado terrorista que con el paso del tiempo se produzca una reducción significativa en el número de víctimas que sufren trastorno por estrés postraumático, trastornos depresivos o trastornos de ansiedad, sin embargo, esta reducción no es igual ni sigue la misma evolución en todo tipo de víctimas, siendo más evidente en los residentes de la zona o ciudad afectada o en el personal de emergencias y rescate, y relativamente menor o con un ritmo más lento en el caso de los heridos en los atentados y de los familiares de heridos y fallecidos. Incluso a muy largo plazo, es decir, después de haber pasado 5, 10 o 20 años desde los atentados, habrá un porcentaje muy importante de víctimas directas y de familiares de heridos o fallecidos que seguirán presentando trastornos psicológicos. Así, por ejemplo, una revisión de los estudios realizados con víctimas directas entre 1 y 10 años después de haber sufrido los atentados terroristas ha encontrado que casi el 28% de dichas víctimas presentaban un trastorno por estrés postraumático y un 10% un

trastorno depresivo mayor, porcentajes que aun siendo menores que los que se suelen encontrar entre un mes y un año después de los atentados (41% y 24%, respectivamente), representan porcentajes muy superiores a los que se encuentran, por ejemplo, entre la población general de España o entre la población general de Europa.

De hecho, los daños psicológicos a muy largo plazo pueden ser mayores dependiendo de las circunstancias en que se ha producido los atentados terroristas, de las circunstancias que han rodeado a las víctimas tras los atentados y de la atención psicológica que hayan podido recibir. Por ejemplo, en un reciente estudio realizado por nuestro equipo de investigación con una muestra de 507 víctimas directas e indirectas (familiares de fallecidos y heridos) de todo tipo de atentados ocurridos en España, se encontró que, después de que hubiese pasado una media de 21 años desde el atentado, el 27% de las víctimas padecían un trastorno por estrés postraumático, el 18% un trastorno depresivo mayor y casi el 37% un trastorno de ansiedad, de manera que el 50% de las víctimas presentaba uno o varios trastornos psicológicos.

## 5. ¿Por qué las víctimas del terrorismo en España presentan una prevalencia tan elevada de trastornos incluso muy a largo plazo?

Las razones por las que las víctimas del terrorismo en España presentan a muy largo plazo (una media de 21 años tras los atentados) un porcentaje tan elevado de trastornos psicológicos, pueden ser muy variadas, pero se podrían plantear algunas explicaciones, no excluyentes entre sí ni con otras, que presumiblemente interactuarían entre ellas para dar cuenta de esa alta prevalencia y que tienen que ver con factores históricos relacionados con las características del terrorismo en España, con el apoyo que han recibido las víctimas del terrorismo por parte de la sociedad española y con la atención psicológica que han recibido por parte del sistema español de salud público o privado. En concreto, esa alta prevalencia tendría que ver con que las víctimas españolas han tenido: 1) una intensa y repetida exposición a los atentados en forma de exposición directa o cercana a otros atentados, a la violencia callejera relacionada con el terrorismo, a amenazas personales continuadas por parte de los terroristas o de su entorno, a las noticias sobre atentados en los medios de comunicación, etc.; 2) un escaso apoyo por parte de la sociedad, al menos hasta fechas muy recientes, y 3) una atención psicológica poco adecuada, al menos hasta fechas muy recientes.

Respecto a la primera razón, hay que recordar que los estudios señalan que durante los años 1991-2013 hubo 5.113 ataques de *kale borroka* (violencia callejera) a empresas en el País Vasco, que en el año 2002 había 963 personas (políticos, jueces, fiscales, periodistas, profesores, etc.) escoltadas por amenaza de ETA contra sus vidas (eso sin contar policías, todos ellos objetivos de la banda) y que, entre 1995 y 2000, hubo una media de 804 ataques terroristas cada año entre acciones de ETA y violencia callejera. Es más, durante los "años de plomo" del terrorismo en España (1978-1988) hubo más de 65 fallecidos al año por atentados terroristas, más de un fallecido cada semana. Además, la violencia psicológica experimentada por las víctimas y los amenazados del terrorismo en el País Vasco fue muy elevada. Según los datos de algunos estudios, el 69% de las víctimas o amenazados del terrorismo en el País



Vasco sufrieron aislamiento social, el 68% sufrieron control y vigilancia por parte de personas de la comunidad cercanas al entorno terrorista, el 74% recibió amenazas, el 79% sufrió desprecio, humillación y rechazo y el 90% se sintió estigmatizado<sup>7</sup>. Todos estos datos indican que las víctimas del terrorismo en España, en comparación a las víctimas de los atentados terroristas ocurridos, por ejemplo, en EE. UU., han vivido una intensa y repetida exposición a los atentados en forma de exposición directa o cercana a otros atentados, a la violencia callejera relacionada con el terrorismo, a amenazas personales continuadas por parte de los terroristas o de su entorno, a las noticias sobre atentados en los medios de comunicación, etc., lo cual es probable que haya agravado las repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas, ya que ha sido comprobado repetidamente en la literatura científica que el grado de exposición a la situación traumática y la acumulación de experiencias amenazantes, traumáticas y estresantes antes y después del atentado influyen de forma poderosa en la presencia y gravedad de síntomas y trastornos psicológicos.

En cuanto a la segunda razón, son también numerosos los estudios que muestran cómo, durante muchos años, las víctimas del terrorismo no eran muy tenidas en cuenta por la sociedad e incluso tenían que "escondarse" y casi avergonzarse de su condición de víctimas, especialmente en el País Vasco. De hecho, algunos estudios han constatado diferencias muy importantes en España en el reconocimiento y apoyo de la sociedad hacia las víctimas del terrorismo en función del año en que se produjo el atentado, el lugar de España donde ocurrió y la actividad o profesión de la víctima. En concreto, entre 1978 y 1988 (los "años de plomo"), las víctimas no recibieron el adecuado apoyo y reconocimiento social, a pesar de la magnitud de la barbarie terrorista, y ese apoyo y reconocimiento era aún más escaso en las ciudades y pueblos del País Vasco que en otras ciudades y pueblos de España, y cuando las víctimas pertenecían al ejército o a las fuerzas de seguridad que cuando las víctimas eran civiles. Así, por ejemplo, un estudio publicado muy recientemente sobre la consideración social de las víctimas del terrorismo en el País Vasco durante los años 1968-2010 revelaba que el 76% de los asesinatos realizados por la banda terrorista ETA durante los años de la transición (1978-1981) y el 82% durante los años de la consolidación democrática (1982-1995) no generaron movilización social alguna de apoyo a las víctimas. De nuevo, el papel del apoyo social como factor de protección sobre las repercusiones psicopatológicas del terrorismo y, por ende, el papel de la falta de apoyo social como factor de vulnerabilidad que influye en la presencia y gravedad de síntomas y trastornos psicológicos ha sido comprobado empíricamente de forma repetida en la literatura científica. Afortunadamente, con el Pacto de Ajuria Enea de 1988 y la irrupción de Gesto por la Paz dos años antes se inició una respuesta social sistemática de apoyo a las víctimas y condena del terrorismo, la cual llegó a ser multitudinaria tras el asesinato de Miguel Ángel Blanco, el concejal del PP en Ermua (Vizcaya, País Vasco), en 1997.

Finalmente, una tercera razón tiene que ver con que los conocimientos sobre el tratamiento de los trastornos mentales provocados por el terrorismo eran escasos en los años 70, 80 y 90 del siglo pasado, e incluso cuando tales conocimientos ya estaban disponibles para la comunidad científica y profesional (p. ej., en la primera década del siglo XXI), no fueron llevados convenientemente a la práctica por las autoridades

---

<sup>7</sup> López Romo, R. (2015). *Informe Foronda. Los contextos históricos del terrorismo en el País Vasco y la consideración social de sus víctimas 1968-2010*. Instituto de Historia Social Valentín de Foronda, Universidad del País Vasco

sanitarias. Por ejemplo, el plan extraordinario de atención a la salud mental para los afectados por los atentados del 11-M que se puso en marcha en la Comunidad de Madrid entre 2004 y 2006 contrató el doble de psiquiatras que de psicólogos, cuando entonces ya se sabía que el tratamiento de elección para el trastorno por estrés postraumático es psicológico y no farmacológico. Es más, hasta diciembre de 2006, dicho plan extraordinario realizó 3.243 primeras consultas y 14.497 consultas de revisión mensuales o bimensuales para 3.234 pacientes atendidos, lo que suponía una media de 4,5 consultas mensuales o bimensuales por paciente, lo que cuestiona que en dichas consultas se pudieran implementar los tratamientos psicológicos que según la literatura científica son eficaces y clínicamente útiles para el trastorno por estrés postraumático y que implican un mayor número de sesiones y que éstas sean semanales. De hecho, un reciente estudio realizado con una muestra de 125 víctimas directas e indirectas (familiares de fallecidos y heridos) de los atentados del 11-M, encontró que, después de que hubiese pasado una media de 8,6 años desde los atentados del 11-M, el 33,6% de las víctimas padecían un trastorno por estrés postraumático, el 22,4% un trastorno depresivo mayor y casi el 50% un trastorno de ansiedad, de manera que el 61,6% de las víctimas presentaba uno o varios trastornos psicológicos, y eso a pesar de que un 70,4% de las víctimas habían recibido algún tipo de tratamiento psiquiátrico o psicológico a raíz de los atentados, y que un 27,4% de esas víctimas estaban recibiendo en el momento de participar en el estudio algún tipo de tratamiento para sus problemas de salud mental, la mayoría de ellos (58,4%) únicamente psiquiátrico.

## 6. ¿Existen tratamientos eficaces y útiles para estos trastornos que sufren las víctimas del terrorismo?

Afortunadamente, existen actualmente tratamientos psicológicos, en particular, la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma, que se ha mostrado eficaz y útil en la práctica clínica para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático y de los trastornos depresivos y de ansiedad que pueden presentar las víctimas de atentados terroristas, incluso con víctimas que sufren dichos trastornos a muy largo plazo (15-25 años después de los atentados terroristas). Distintas sociedades científicas y paneles de consenso de expertos han elaborado guías de práctica clínica que son bastante coincidentes en sus recomendaciones terapéuticas para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático:

- a) Los tratamientos con mayor aval empírico son actualmente las terapias psicológicas centradas en el trauma, en concreto, las terapias de exposición, las terapias cognitivo conductuales centradas en el trauma (y que incluyen técnicas de reestructuración cognitiva junto con técnicas de exposición), el entrenamiento en control de la ansiedad (o entrenamiento en inoculación de estrés) y la EMDR (desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares).
- b) Estas terapias psicológicas deben considerarse los tratamientos de elección para el trastorno por estrés postraumático, por encima de otras terapias psicológicas con cierta popularidad (p. ej., la intervención psicológica temprana breve [*psychological debriefing*] o de las terapias farmacológicas).



- c) Las terapias farmacológicas no deberían utilizarse como tratamiento habitual de primera línea para el trastorno por estrés postraumático en lugar de una terapia psicológica centrada en el trauma, sino que deberían utilizarse cuando un paciente no quiera un tratamiento psicológico centrado en el trauma o cuando dicho tratamiento psicológico no haya obtenido beneficios terapéuticos o éstos hayan sido muy pocos, después de que el tratamiento psicológico se haya aplicado al menos durante 12 sesiones (sesiones que habitualmente duran entre 50 y 90 minutos).

Por otro lado, una reciente revisión de la investigación publicada hasta la fecha sobre la eficacia y utilidad clínica de las intervenciones para los trastornos mentales que específicamente pueden presentar las víctimas adultas de atentados terroristas, indica que, de esas terapias de elección para el trastorno por estrés postraumático, la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma es la que, por ahora, acumula más pruebas de su eficacia y de su utilidad clínica, de manera que, por ahora, sería la alternativa terapéutica de elección para las víctimas del terrorismo.

Corroborando la eficacia y utilidad clínica de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma para los trastornos mentales que pueden sufrir las víctimas del terrorismo, los resultados de tres estudios realizados recientemente en España indican que:

- a) La terapia cognitivo conductual centrada en el trauma es eficaz y clínicamente útil no solo en víctimas de atentados terroristas que sufren trastorno por estrés postraumático, sino también en víctimas que de manera simultánea con dicho trastorno o de manera aislada sufren un trastorno depresivo mayor o un trastorno de ansiedad.
- b) La terapia cognitivo conductual centrada en el trauma es también eficaz y clínicamente útil para las víctimas del terrorismo que sufren trastornos mentales crónicos, a muy largo plazo, es decir, muchos años después de haber sufrido el atentado terrorista (p. ej., 20-30 años después del atentado).
- c) La terapia cognitivo conductual centrada en el trauma es eficaz y clínicamente útil no solo a corto plazo (en el postratamiento y en los seguimientos a un mes) y a medio plazo (en los seguimientos a 3 y 6 meses), sino también a largo plazo (en los seguimientos a un año), de manera que dicha terapia consigue mantener sus beneficios terapéuticos un año después de su finalización. Por ejemplo, en uno de esos estudios recientes con víctimas del terrorismo en España, si antes de recibir dicha terapia había un 65% de dichas víctimas que sufrían trastorno por estrés postraumático y un 46% que sufrían trastorno depresivo mayor, al año de finalizar la terapia ninguna sufrían trastorno por estrés postraumático y tan solo un 3,5% sufría trastorno depresivo mayor.

En resumen y como consecuencia de estos datos presentados, tras un atentado terrorista, tanto las víctimas directas como indirectas (y entre estas últimas, especialmente los familiares directos de los fallecidos y heridos en atentados), necesitarán un seguimiento psicológico y una atención psicológica a corto, medio, largo y muy largo plazo, y se debe asegurar que el seguimiento y la atención utilice los

procedimientos, intervenciones y tratamientos que gozan de mayor aval empírico en cuanto a su eficacia, utilidad clínica y eficiencia, y que dichos procedimientos, intervenciones y tratamientos sean aplicados por profesionales que tengan la formación adecuada para su puesta en marcha y su puesta en marcha se haga en unas condiciones que aseguren sus beneficios.